



Washington State
Department of Social
& Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC AWARD/CHANGE LETTER

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC (직장 관련 차일드 케어) 보조금/ 변경 서

구역 사무소	전화 번호
케이스 번호	날짜

...OLD

귀하에게 적용 되고 있는 자녀의 차일드 케어 보조금의 월간 코페이먼트 (본인의 부담액)은 _____ 부터 시작되어 _____에 끝이 납니다.

2페이지에 적힌 내용은 매우 중요한 정보이오니 꼭 읽으십시오.

차일드 케어는 다음의 내용에 따라 허가를 받을 수 있습니다.: 고용주 승인된 워크퍼스트 프로그램 학교

기타: _____ .

귀하의 월간 코페이먼트(본인의 부담액)는 _____ 일 부터 _____ 까지 \$15.00입니다.

귀하의 월간 코페이먼트는 _____ 입니다. _____ 기간 동안 \$_____로 변경됩니다.

코페이먼트는 귀하가 책임져야 할 차일드 케어의 비용이므로 귀하가 직접 차일드 케어에 지불하여야 합니다. 귀하의 코페이먼트는 다음 사항에 적힌 대로 귀하의 가족크기, 월간 수입에 근거한 것입니다.:

1. 가족의 크기, 인원수는 _____	\$ _____
2. 월간 총 수입 (세금 포함)	\$ _____
3. 자영업자일 경우, (공제액을 차감한 후)	\$ _____
4. 봉급외의 다른 수입(SSI, SSA, 어린이 보조 지원액의 총합계)	\$ _____
5. 총 수입 (위의 2부터 4까지의 합계)	\$ _____
6. 어린이 부양에 본인이 <u>지불해야 할</u> 금액	\$ _____
7. 계산 가능한 수입의 결산.(6번 항에서 5번 항을 뺀 금액) (계산 가능한 수입은 수혜적임 여부 및, 코페이먼트를 결정하는데 사용됩니다.)	\$ _____
8. 코페이먼트 계산 방법은 다음과 같습니다.:	
<u>계산 가능한 수입</u>	<u>월간 코페이먼트</u>
연방 빈곤 계수(FPL)가 82% 이거나 이하일 경우	\$15
FPL 이 82% 이상, 137.5% 이하일 경우	\$50
FPL 이 137.5 이상, 200% 이하일 경우	
(계산 가능한 수입---137.5% FPL) x .44 + \$50	

귀하의 코페이먼트가 변경되는 이유는 (WAC 388-290-0085 에 근거):

귀하의 인증허가 기간이 만기가 되었음.
 귀하의 가족크기가 바뀌었음.

귀하의 소득이 줄었음.
 기타(설명): _____

직원 이름

직원의 전화/팩스 번호

귀하는 아래의 사항에 책임이 있습니다:

- 귀하의 수혜 책임 여부를 결정하고 정확한 차일드 케어 보조금을 인증하기 위해서 저희에게 정보를 제공하여 주십시오.;
- WAC 388-290-0125의 필수조건에 부합하는 공급원을 찾아, 귀하가 원하는 차일드 케어를 배정해 놓으십시오.;
- 귀하의 WCCC 월간 코페이먼트는 직접 귀하의 차일드 케어 공급자에게 지불하십시오. 코페이먼트 미 지불 시, 차일드 케어 보조가 정지 될 수도 있습니다;
- 허가된 활동기간 동안 어린 이를 공급자에게 맡기십시오. 수혜자의 허가되지 않은 활동기간의 차일드 케어의 추가 활동 비용은 본인이 직접 부담하여야 합니다.
- 가정내/친척 차일드 케어를 선택할 경우, 출석 기록을 하십시오. 기록은 반드시:
 - 기록 요청시 꼭 제공되어야 하고; 그리고
 - 차일드 케어를 공급한 일년 후 까지 보관 하십시오
- 귀하의 가정내 / 친척 차일드 케어 공급자에게 저희가 보내는 증명서, 송금 통지서 목록의 전액을 지불하십시오.
- 귀하가 차일드 케어 공급자에게 지불한 어떤 내역에 대해서도 영수증을 받으십시오. 귀하는 DSHS의 널간 평가의 요구를 위해 영수증을 보관하여야 합니다.
- WCCC 의 수혜 혜택을 지속적으로 받기위해서는 요구되어지는 책임 기준에 부합 되어야 합니다. 요구되어지는 책임 기준에 부합되지 않을 경우 WCCC의 수혜자격이 다시 책임 기준에 부합될때까지, 혹은 수혜를 받지 못하게 된 후 30일 후까지 혜택을 받지 못하게 됩니다.
- 사기감시 (FRED)수사관에게 협조해야 합니다. 만약 수사관의 협조(요구된정보를 제공)를 거부할 경우, 귀하의 수혜 혜택에 영향을 줄 수 있습니다.
- 공급자와 관련된 어떤 변경도, WCCC의 인증된 직원에게 5일 안에 알려야 합니다.
- 저희가 귀하의 차일드 케어 인증허가를 변경할 경우 귀하의 공급자에게 10일 안에 통보 하여야 합니다.
- 지연되고 있는 어떠한 요금 혹은 귀하가 알게된 귀하의 가정내/친척 차일드 케어 공급원의 어떠한 유죄 정보도 귀하의 차일드 케어의 인증된 직원에게 24시간 안에 보고 하여야 합니다.
- 지연되고 있는 어떠한 요금 혹은 귀하가 알게된 차일드 케어 공급자와 함께 거주하는 16세이상의 사람의 어떠한 유죄 정보도 귀하의 차일드 케어의 인증된 직원에게 24시간 안에 보고 하여야 합니다.
- 아래 사항의 변화는 10일 안에 WCCC의 인증된 직원에게 알려야 합니다.:
 - 필요한 차일드 케어 시간 (증가, 감소 되어야 할 시간)
 - 가족의 어떠한 TANF 장려금이 포함된 소득이나 아동 지원액의 증가나 감소;
 - 귀하의 가족의 크기, 가족구성원, 부모 혹은 배우자의 거주지에서의 이전 여부.
 - 고용주, 학교, 승인된 TANF의 활동 (시작, 멈춤, 혹은 변경);
 - 귀하의 가정내/친척 차일드 케어 공급자의 주소, 전화번호,
 - 귀하의 집주소나 전화번호; 혹은
 - 귀하가 지불해야 할 아동 지원의 법적 책임액
- 위의 사항의 변동을 바로 통지하는데 실패할 경우 귀하는 초과 지불 혹은 차일드 케어 비용을 정상적 분량보다 훨씬 많이 지불해야 하는 결과를 낳을 수 있습니다.
- 귀하의 공급자와 관련된 요청의 정보를 바로 회신 하십시오. 귀하의 가정내/친척 공급자의 배경이 검토되기 이전에 공급된 차일드 케어는 지원되지 않을 것입니다.
- 귀하가 따로 공급자와 안배하고 직접 지불하는 것을 제외하고는, 이전 페이지의 표에 적힌 내역 이외의 이유로 어린 이를 차일드 케어에 맡길 수 없습니다. 만약, 이미 허가된 이전 페이지의 표의 활동 이외의 활동에 참여하고 DSHS의 차일드 케어의 지원을 받기를 원하면, 귀하는 먼저 인증된 직원과 연락을 하십시오.

아래의 사항을 꼭 알아 두십시오:

- 귀하는 인종, 피부색, 정치적 이념, 원래의 국적, 종교, 나이, 성별, 장애 혹은 출생지와 관련없이 예의 있는 공정한 대우를 받을 것입니다.
- 귀하는 신청서를 제출한 날로부터 30일 안에 WCCC의 책임 여부를 통보 받을 것입니다.
- 귀하는 문서화된 WCCC 혜택의 법적 권리와 책임 관련 정보를 받을 것입니다.
- 귀하의 정보는 연방 혹은 주 정부의 규정이 요청할 때 다른 기관에 정보가 제공 되어질 것입니다.
- WAC388-290-0120에 기재된 것을 제외하고, DSHS가 혜택을 감소하거나 정지 할 경우, 귀하는 최소한 10일 전에 문서화된 통보를 받을 것입니다.
- 만약, DSHS의 결정에 동의하지 않을 경우 귀하는 청문회를 요구할 수 있습니다.
- 귀하는 상급담당관 혹은 행정관에게 결정된 내용에 대해 귀하의 혜택에 영향을 미치는 시행안을 다시 검토할 것을 요구할 수 있으며 이것은 귀하의 권리와 청문회에 영향을 미치지 않을 것입니다.
- 귀하는 번역 혹은 통역 서비스를 합리적인 시간 한도 안에서 본인의 부담 없이 받을 수도 있습니다.
- WAC 388-290-0125의 기준에 부합하는 한에서 귀하는 본인의 공급자를 선택 할 수도 있습니다.
- 귀하는 사기수사(FRED)를 위해 사기수사부서(DFI)에서 온 수사관을 집에 들어 오도록 꼭 허락 할 필요가 없습니다. 이러한 요구가 귀하의 수혜 책임 여부에 영향을 미치지 않을 것입니다. 만약 수사에 협조 (요구된 정보를 제공) 하지 않을 경우, 이것은 귀하의 혜택에 영향을 미칠 수 있습니다.

청문회의 권리: 귀하는 청문회의 권리가 있습니다. 청문회를 요청하려면, 본 사무소, 혹은 청문 행정 사무소, Office of Administrative Hearings, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2465로 서신을 보내십시오. 귀하는 반드시 이 결정 통지를 받은 날로부터 90일 이내에 청문회를 요구해야 합니다. 청문회에서 귀하는 본인 자신이 직접 혹은 변호사나 다른 사람을 통해 대표 할 수 있는 권한이 있습니다. 귀하는 무료로 법적 조언을 받거나, 법률 서비스 사무소에 연락하여 대변을 의뢰할 수도 있습니다. 청문회를 요청하는 기간 혹은 결정 시행의 효율이 시작되기 전 혹은 부서에서 귀하에게 시행통지를 보낸 지 10일이 경과하기 전에 청문회를 신청한 경우에 청문회의 결정을 기다리는 동안 귀하는 수혜 혜택을 계속하여 받을 수도 있습니다.

귀하의 자녀를 위한 의료 혜택

귀하의 자녀가 의료와 치과 혜택을 받을 수 있다는 것을 아십니까? 기다려야 하는 대기 리스트가 없습니다. 쉽게 다음의 1-2-3 스텝대로만 하시면 됩니다.

1. 귀하는 현재 주 정부로 부터 푸드 스텝프 혹은 현금보조와 같은 어떠한 종류의 보조를 받고 있습니까?
 - 예: 귀하의 케이스의 재정 담당 직원에게 전화하여, 귀하의 자녀의 의료 혜택을 요청하십시오.
 - 아니요: 아동의료 혜택보조를 위한 무료전화 1-800-204-6429를 전화하십시오.
2. 귀하의 수혜 책임 여부를 위해 직원에게 필요한 정보를 제공하여 주십시오. 그들이 필요로 하는 정보를 이미 가지고 있을 수도 있고, 그렇지 않으면 전화를 통해 제공받을 수도 있습니다.
3. 우편으로 의료 카드를 받으실 수 있습니다.

더 기다리지 마십시오.-- 귀하의 자녀를 위한 의료 혜택을 전화 한통화로 받으실 수 있습니다.